

「Will-Life」 記入例

2024 年度

他に同じ目的の保険にご加入されている場合、支払い限度額は最も保険金額が高い保険契約または共済系策において支払われるべき保険金または共済金の額となりますので、重複契約にならないよう、お申込み前に取扱代理店（株）メディックプランニングオフィスにお問い合わせください。

ご記入日（加入依頼日）：西暦 2024 年 2 月 5 日

補償開始日	<input checked="" type="checkbox"/> 年間加入： 2024 年 3 月 31 日午後 4 時～	※いずれかに✓を入れてください。 ※中途加入の場合は加入希望「年・月」をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 中途加入： _____ 年 _____ 月 1 日午後 0 時～		
加入プラン	カラダ（Jタイプ）	学び（Gタイプ）	暮らし（Dタイプ）
	<input type="checkbox"/> カラダ(J)・学資なし(JDプラン)	<input type="checkbox"/> 学び(G)・学資 80万円(GAプラン)	<input type="checkbox"/> 暮らし(D)・学資なし(DDプラン)
	<input checked="" type="checkbox"/> カラダ(J)・学資 80万円(JAプラン)	<input type="checkbox"/> 学び(G)・学資 120万円(GEプラン)	<input type="checkbox"/> 暮らし(D)・学資 80万円(DAプラン)
	<input type="checkbox"/> カラダ(J)・学資 120万円(JEプラン)	<input type="checkbox"/> 学び(G)・学資 160万円(GBプラン)	<input type="checkbox"/> 暮らし(D)・学資 120万円(DEプラン)
	<input type="checkbox"/> カラダ(J)・学資 160万円(JBプラン)		<input type="checkbox"/> 暮らし(D)・学資 160万円(DBプラン)
卒業までの合計掛金			29,620 円

※「JDプラン」または「DDプラン」をご選択された場合は、「加入者欄」を被保険者（学生）本人とすることができます。その場合は、「加入者欄」に被保険者（学生）本人の氏名・住所等をご記入ください。

パンフレットをご参照いただき加入するプランに✓を入れてください。

加入者（扶養者欄）	フリガナ	イリョウ タロウ		
	氏名	署名 (自署フルネーム) 医療 太郎		
	フリガナ	トウキョウトチュウオウクシンカワ 2-22-2		
	住所	〒 104 - 0033 東京都中央区新川 2-22-2		
	TEL	03 - 0000 - 4444		
生年月日・性別	西暦 1970 年 7 月 8 日 (男・女)			
被保険者（学生）欄	学校名	宇井留〇〇校		
	学部・学科名	〇〇学科		
	所属する学科の修業年限と2024年4月1日時点の学年	修業年限 3 年の学科の 1 年生		
	フリガナ	イリョウ モモコ	性別	
	氏名	医療 桃子	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	職種級別（学生はA）
	フリガナ	〇〇ケン △△シ ×× 6 - 5 - 3 〇△×マンション 304		
	住所 (加入者と異なる場合のみ記入)	〒 〇〇〇 - ×××× 〇〇県 △△市 ×× 6 - 5 - 3 〇△×マンション 304		
	加入者からみた続柄	子 (例:子、孫、配偶者等)	生年月日★	西暦 2005 年 8 月 1 日
☆継続的に従事している職業職務	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ありの場合は【職業・職務について】参照	他の保険契約等★	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし (ありの場合は表1にご記入ください)	
Willの加入有無	<input checked="" type="checkbox"/> Willに加入している、または加入予定 <input type="checkbox"/> Willに加入していない、または加入予定がない			
☆公的医療保険制度	<input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国民健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険			

② 本保険「Will-Life」は「Will」への加入が条件となります。

Jタイプ、Dタイプにご加入の場合はご記入ください。

「暮らし（Dタイプ）」を選択されている場合は、被保険者欄の「住所」を必ずご記入ください。